

чатые структуры на фоне мышечной ткани, со-общающиеся в горизонтальной и вертикальной плоскостях, не картируемые в режимах цветового и энергетического доплера, плохо либо вообще не компрессируемые датчиком. Степень дилатации варьировала от 1,5 мм до 3,7 мм в диаметре. В 16 % случаев (17 чел.) отмечен изолированный от варикоza и ПТФС лимфостаз нижних конечностей, что существенно влияло на определение лечебной тактики. Наилучшая визуализация лимфостаза достигнута с дифференцированным применением линейных датчиков с режимом мультитигерц в программе «MUSCULOSCELETAL». При этом УЗ-панорамная картина лимфостаза напоминала «мраморную» анэхогенную сеть на фоне диффузно однородной гиперэхогенной мышечной ткани.

Выводы. Ультразвук высокого разрешения в сочетании с пакетом специализированных программ является эффективным достоверным методом неинвазивной диагностики патологии лимфатических сосудов нижних конечностей. Протокол диагностического УЗ-исследования вен нижних конечностей целесообразно дополнять информацией о визуализации лимфатического русла и степени лимфостаза.

Клецкин А.Э., Мухин А.С., Усятинская И.Е.

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ВВЕДЕНИЕМ МИКРОПЕННОГО ЭТОКСИСКЛЕРОЛА

*Нижегородская государственная медицинская академия,
г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

Актуальность. Варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка возникает как осложнение портальной гипертензии и, порой, является первым ее симптомом. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода или желудка верифицируется при эндоскопическом обследовании в случае наличия крупных варикозных вен и крови в желудке, при отсутствии других причин кровотечения. Периодом острого кровотечения являются 48 часов после поступления пациента. Затем кровотечение рассматривается уже как рецидив, риск которого в течение первой недели достигает 50%. В целом, кровотечения из ВРВ возникают в 50-70% случаев у пациентов с циррозом печени. Рецидивы встречаются у 70% пациентов в течение года и почти у 100% в течение последующих двух лет, в с летальностью до 40% при каждом эпизоде. Одним из критериев прогнозирования возможного рецидива кровотечения является эндоскопический метод оценки ВРВ. Из множества классификаций ВРВ для вен пищевода применяют классификацию Шерцингера А.Г.: 1 степень - вены диаметром 3 мм, 2 степень - от 3 мм до 5 мм, 3 степень - вены свыше 5 мм.

Наиболее опасны ВРВ 3 степени с вероятностью кровотечения в 90% случаев, особенно неблагоприятно в прогностическом плане наличие васкулопатий и гематоцист. Для вен желудка принята классификация Sarin S. Непосредственная остановка кровотечения заключается в механическом сдавлении вен зондом Сангстэйкена-Блэйкмора, гастротомии с прошиванием кровоточащих вен или использовании различных эндоскопических методик. Достаточно эффективным и менее травматичным является эндоскопический гемостаз путем склерозирования ВРВ или лигирования их латексными кольцами и пластиковыми петлями.

Цель. Разработка и внедрение эффективного способа остановки кровотечения из ВРВ верхних отделов желудочно-кишечного тракта путем введения раствора этоксисклерола в виде микропены.

Материал и методы. Известный способ склерозирования ВРВ пищевода подразумевает выполнение как эндо-, так и экстравазально до 20 уколов за один сеанс, что может привести и приводит к некрозу тканей. Для остановки кровотечения из ВРВ пищевода и желудка мы использовали методику эндовазального введения микропенного склерозанта, применяемую на нижних конечностях при варикозной болезни. За 2012 – 2014 гг. на базе ГБУЗ НО «ГКБ№40» процедура склерозирования ВРВ пищевода и желудка была проведена 48 пациентам. Из них мужчин было 30, женщин – 18. Возраст пациентов составил от 18 до 84 лет. Во всех случаях основным был диагноз цирроза печени различной этиологии. У 2 человек (1 мужчина, 1 женщина, оба с циррозом печени алкогольной этиологии) при эндоскопическом обследовании наблюдались изолированно ВРВ желудка (тип GOV2 по Sarin S.), у остальных выявлены ВРВ пищевода. У всех пациентов с ВРВ пищевода была 3 степень расширения по Шерцингеру. Им проведена эндоскопическая склеротерапия ВРВ пищевода или желудка микропенной из 2,0 – 4,0 мл 0,5% - или 1% раствора жидкого этоксисклерола посредством 1 – 2 инъекций. Затем, при кровотечении из вен пищевода, вводился зонд Сангстэйкена-Блэйкмора.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов в результате эндоскопического склерозирования ВРВ пищевода и желудка микропенной из этоксисклерола удалось достичь остановки кровотечения даже без применения зонда. У 6 пациентов наблюдались ранние рецидивы. Смерть наступила в 3 случаях. Ни у одного из пациентов не наблюдалось дефекта или некроза стенки пищевода и тромбоэмболических осложнений. Последние невозможны вследствие анатомических особенностей портальной системы.

Выводы. Эндоскопическая склеротерапия микропенной из этоксисклерола показала себя как эффективный, простой и безопасный способ остановки кровотечения из ВРВ пищевода и желудка независимо от этиологии заболевания. Особенно актуален метод при кровотечениях из ВРВ желудка, когда постановка зонда-обтуратора неэффективна.